

PRATIQUE DE LA VASECTOMIE SANS BISTOURI AU TOGO : L'EXPERIENCE DE LA CLINIQUE PRINCIPALE DE L'ASSOCIATION TOGOLAISE POUR LE BIEN- ETRE FAMILIAL (ATBEF)

B. K. M'bortche

Gynécologue-Obstétricien, Chef Division Médicale de l'ATBEF,
Université de Lomé

A.B. Adama-Hondegla

Gynécologue-Obstétricien à la Clinique de Gynécologie Obstétrique du CHU
Sylvanus Olympio (Lomé), Maître Assistant à la Faculté des Sciences de la
Santé, Université de Lomé

A.S. Aboubakari

Gynécologue-Obstétricien, Chef de service de Gynécologie Obstétrique du
CHU Kara, Maître Assistant à la Faculté des Sciences de la Santé, Université
de Lomé

S. Toussa-Ahossu

Gynécologue-Obstétricien, Directrice Exécutive de l'ATBEF (Lomé),
Université de Lomé

K. Akpadza

Gynécologue-Obstétricien, Chef du Département de Gynécologie-
Obstétrique du CHU Sylvanus Olympio (Lomé), Professeur titulaire à la
Faculté des Sciences de la Santé, Université de Lomé

Abstract

Vasectomy is a surgical procedure that involves isolating and cut or coagulate the vas deferens. It represents 1.9% of modern contraceptive methods in the world. Fear of surgery, especially the fear of the pain of the incision and decreased libido, are some reasons to its low acceptance by men. The NSV, unlike conventional vasectomy, requires no incision or sutures and causes less pain.

Objective: To describe the epidemiological characteristics and the prognostic of the no scalpel vasectomy in Togo.

Methods: It was a prospective and descriptive study conducted at the Principal Clinic of ATBEF from May 1st, 2012 to April 30, 2013. It covered

all cases of vasectomy. The variables analyzed using SPSS software were as follows: socio-demographic data, the motivations of patients, duration and complications of no-scalpel vasectomy.

Results: The frequency of this vasectomy was 0,27%. The average age of patients was 41,7 years. The average number of children per couple was 4,7. The main motivation was sufficient number of children (72%) in the couple. The average operative time was 30 minutes. Vasectomy failed in 1 case (2%). Nine (9) cases of pain (scrotal and penile) and 2 cases of scrotal hematoma were the postoperative complications (22%).

Conclusion: No scapel vasectomy is a simple practice accepted by the population. His prevalence is low but it can be improved by raising awareness.

Keywords: No scapel vasectomy, Family planning , Togo

Resume

La vasectomie est une intervention chirurgicale qui consiste à isoler et à couper ou coaguler les canaux déférents. Elle représente 1,9% des méthodes contraceptives modernes dans le monde. La peur de l'acte chirurgical, en particulier la peur de la douleur de l'incision et de la baisse de la libido, constituent quelques raisons de sa faible acceptation par les hommes. La vasectomie sans bistouri, à la différence de la vasectomie conventionnelle, ne nécessite ni d'incision, ni de sutures et entraîne moins de douleurs.

Objectif : Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patients bénéficiant de la vasectomie sans bistouri et le pronostic.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive conduite à la Clinique Principale de l'ATBEF du 1^{er} Mai 2012 au 30 Avril 2013. Elle a concerné tous les cas de vasectomie. Les variables analysées au moyen du logiciel SPSS ont été les suivantes : les données socio-démographiques, les motivations des patients, la durée et les complications de la vasectomie sans bistouri.

Résultats : La fréquence de cette vasectomie était de 0,27% par rapport à toutes les méthodes de planification familiale de la clinique. L'âge moyen des patients était de 41,7 ans. Le nombre moyen d'enfants par couple était de 4,7. La principale motivation était l'atteinte du nombre d'enfants désirés par le couple, avec 72% des cas. La durée moyenne de l'intervention était de 30 minutes. La vasectomie avait échoué dans 1 cas (2%). Neuf (9) cas de douleurs (scrotales et pénienues) et 2 cas d'hématome scrotale étaient les complications observées, soit 22%.

Conclusion : La vasectomie sans bistouri est une pratique simple et acceptée par la population. Sa prévalence est faible mais peut être améliorée par le

renforcement des sensibilisations.

Mots clés : Vasectomie sans bistouri, Planification familiale, Togo

Introduction

La contraception est une préoccupation majeure de santé publique. Jusqu'à ce jour, elle est majoritairement confiée à la femme bien qu'il existe quelques méthodes contraceptives masculines ((Lobel B et al, 1991). Les méthodes contraceptives chirurgicales, pratiquées pour limiter les naissances, sont les plus utilisées dans certains pays (Gaym A, 2012). La vasectomie, une intervention chirurgicale, consiste à isoler et à couper ou coaguler les canaux déférents. Elle représente 1,9% des méthodes contraceptives modernes. La peur de l'acte chirurgical, en particulier la peur de la douleur de l'incision et de la baisse de la libido, constituent quelques raisons de sa faible acceptation par les hommes (Cook LA et al, 2007).

La vasectomie sans bistouri, à la différence de la vasectomie conventionnelle, ne nécessite ni d'incision, ni de sutures et entraîne moins de douleurs. Elle écarte la peur de la douleur de l'incision (Bhuyan K et al, 2012). C'est une méthode de stérilisation masculine simple, rapide, efficace et sûre, avec un rapport coût-efficacité bas (Bhuyan K et al, 2012). Elle est d'abord pratiquée en Chine (Xiaozhang L et al, 2009) et est devenue ensuite la méthode standard de vasectomie dans le monde et praticable même en milieu rural (Xiaozhang L et al, 2009 ; Kaza RCM et al, 2006).

Malgré le fort taux de fécondité en Afrique, l'utilisation de contraception chirurgicale reste marginale. Elle souffre du manque d'information, d'expertise chirurgicale, et des préjugés sociaux, religieux, sanitaires et sexuels (Gaym et al, 2012 ; Fusi-Ngwa CK et al, 2013).

Au Togo, les besoins non satisfaits en planification familiale sont estimés à 37% (Ministère de la santé du Togo, 2010). La vasectomie sans bistouri y est introduite pour accroître la participation des hommes en planification familiale. Ainsi depuis mai 2012, cette méthode chirurgicale est pratiquée à la clinique principale de l'Association Togolaise pour le Bien-Être Familial (ATBEF).

Douze mois après l'introduction de la vasectomie sans bistouri, nous avons mené cette étude pour décrire les caractéristiques socio-démographique et le pronostic des bénéficiaires de cette nouvelle pratique.

I. Patients et méthode

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive menée à la Clinique Principale de l'ATBEF couvrant la période du 1^{er} mai 2012 au 30 avril 2013. Elle a concerné les patients bénéficiant de vasectomie sans bistouri.

Recrutement des patients

Le recrutement des patients a fait suite à des émissions radiophoniques et télévisées, animées par des prestataires de service de planification familiale et des agents de santé communautaire. Les patients intéressés par la méthode prenaient rendez-vous par appel téléphonique ou étaient dirigés à la clinique. Ils y bénéficiaient d'une consultation médicale et de conseil individuel axé sur les critères d'éligibilité, les motivations, et la technique (procédure, complications, précautions postopératoires, caractère irréversible, possibilité d'échec). Un temps de réflexion de 2 à 4 mois leur était systématiquement accordé. À chaque acceptation de la méthode, un consentement éclairé du client a été obtenu par écrit.

Critères d'éligibilité

Tout homme majeur, quel que soit son statut matrimonial, ayant reçu de conseil adéquat, pouvait bénéficier de la vasectomie sans bistouri, s'il :

- ne désirait pas ou plus avoir d'enfants
- ne présentait pas d'infection des bourses, de varicocèle importante, d'hydrocèle importante, d'éléphantiasis des bourses ou de masse dans les bourses
- remplissait les conditions suivantes : temps de réflexion, consentement éclairé, promesse de suivi et de contrôle postopératoires.

Paramètres étudiés

Les paramètres de l'étude étaient :

- les caractéristiques socio-démographiques,
- les motivations, la durée d'intervention, les complications et échecs de la vasectomie.

Collecte et analyse des données

Les données étaient collectées sur fiches et analysées à l'aide du logiciel SPSS. Pour mesurer la force d'association des variables, nous avons utilisé le test de khi deux de Pearson dont le seuil de signification était fixé à 5%.

Technique de vasectomie sans bistouri

La vasectomie sans bistouri a été pratiquée au bloc opératoire selon la technique suivante :

- asepsie des bourses
- chaque canal déférent est identifié dans la bourse par la palpation et amené sous la peau scrotale

- la peau scrotale et le cordon spermatique sont anesthésiés en regard du canal déférent
- un canal déférent, puis l'autre, est saisi par une pince à anneau
- la bourse est alors ouverte par pince à disséquer et les deux canaux déférents sont extériorisés par la même ouverture
- deux (2) à 4 cm de canal déférent sont réséqués de chaque côté ; les moignons sont noués par un fil non résorbable 3/0 et intégrés dans les bourses
- les moignons distaux sont recouverts de tissu péri-déférentiel et le pansement de la plaie est fait sans suture.

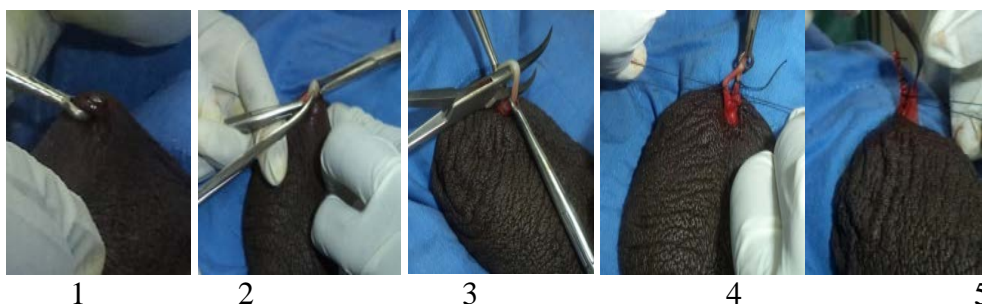


Figure 1 : Etapes de la vasectomie sans bistouri de notre étude (étapes pour un canal déférent)

1. Préhension d'un canal déférent par la pince à anneau
2. Tentative d'extériorisation d'un canal déférent par la pince à disséquer
3. Extériorisation d'un canal déférent de la bourse
4. Ligature et section d'un canal déférent
5. Recouvrement du moignon distal du canal déférent sectionné

Précautions à prendre après la vasectomie

Des précautions accompagnaient chaque acte opératoire et comprenaient les pansements de la plaie opératoire, la pratique de rapports sexuels protégés pour au moins 20 éjaculations et la pratique d'un premier spermogramme après 20 éjaculations puis d'un second 1 à 2 mois après le premier.

Resultats

Caractéristiques socio-démographiques des patients

Durant la période d'étude, 50 patients avaient choisi la vasectomie sans bistouri sur 18469 méthodes contraceptives modernes fournies, soit 0,3% des cas.

L'âge moyen des patients était de 41,7 ans avec des extrêmes de 25 et

65 ans. Le tableau I suivant indique leur répartition par âge :

Tableau I : Répartition des clients selon l'âge.

	Effectif	%
25 à 35 ans	9	18
36 à 45 ans	28	56
46 à 55 ans	12	24
56 à 65 ans	1	2
Total	50	100

Trente pour-cent des patients étaient des fonctionnaires, 26% d'artisans et 26% de revendeurs (26%). Ils étaient tous mariés et majoritairement monogames (96% des cas). Le mariage datait d'au moins 5 ans dans 98% des cas. Ils avaient un niveau d'instruction primaire dans 14%, secondaire dans 56% et supérieur dans 38% des cas. Ils étaient sans instruction dans 2% des cas. Ils étaient des chrétiens dans 70% des cas, en particulier catholiques (48%), adventistes (12%) et pentecôtistes (10%). Le nombre moyen d'enfant par couple était 4,7 avec les extrêmes de 2 et 10 enfants. Les patients avaient au moins 3 enfants dans 88% des cas.

Durée de la vasectomie et motivations de l'adoption de cette pratique

La durée d'intervention variait de 15 à 55 minutes, avec une moyenne de 30 minutes. La vasectomie était réalisée pour diverses raisons (tableau II) :

Tableau II: Répartition des patients en fonction des motivations de la vasectomie

	Effectif	%
Atteinte du nombre désiré d'enfants	36	72
Faible revenu financier	13	26
Mauvais état sanitaire de la conjointe	1	2
Total	50	100

Pronostic de la vasectomie sans bistouri

Aucune complication per-opératoire, telle que les hémorragies, n'était enregistrée. Le postopératoire était marqué par la survenue de 9 cas de douleurs scrotales et/ou péniennes (18%) et de 2 cas d'hématome scrotal (4%) soit 22% de complication. Ces complications étaient toutes traitées sans hospitalisation.

Les 50 patients affirmaient, lors des contrôles postopératoires, que la vasectomie n'avait pas changé leur vie sexuelle et qu'ils ne regrettaient pas leur décision.

L'azoospermie était observée dans 98% des cas, après les deux spermogrammes de contrôles. Le seul cas de spermogramme normal après le contrôle avait fait l'objet de reprise de la vasectomie avec succès.

Discussion

Caractéristiques épidémiologiques

La vasectomie sans bistouri n'est pas très pratiquée en Afrique. Elle a représenté respectivement 0,3% et 0,5% des méthodes contraceptives modernes offertes dans notre étude et dans celle de Owusu-Asubonteng (Owusu-Asubonteng G et al, 2012). Cette faible compliance témoigne de la faible implication masculine à la limitation des naissances. Elle n'est cependant qu'à son début et pratiquée dans une formation sanitaire privée ; sa pratique pourrait s'étendre à l'avenir. L'âge moyen des clients est de 41,7 ans dans notre étude, 40,7 ans dans l'étude de Owusu-Asubonteng et 35 ans dans celle de Bhuyan (Bhuyan K et al, 2012 ; Owusu-Asubonteng G et al, 2012). Cette différence d'âge moyen traduit la réticence, dans nos milieux, des hommes de jeune âge. Les clients de notre étude étaient surtout fonctionnaires, artisans ou revendeurs. L'étude étant faite à la capitale, elle n'a pas concerné les paysans.

Près de 98% de nos patients étaient instruits contre 35% de lettrés dans l'étude de Bhuyan (Bhuyan K et al, 2012). Le bas niveau d'instruction serait associé à plus d'enfants par couple et à moins d'acceptation de la vasectomie. Plus le niveau d'étude s'élève, moins le couple dispose d'enfants et plus l'acceptation de la vasectomie est facile (Rajoura OP et al, 2003). Dans notre étude 84% des patients avaient au moins le niveau secondaire. Le nombre moyen d'enfant était de 4,7 dans notre étude, de 4 dans celle de Owusu-Asubonteng et de 3,8 dans celle de Bhuyan ((Bhuyan K et al, 2012 ; Owusu-Asubonteng G et al, 2012). Cette différence peut s'expliquer par le fort taux de fécondité du Togo qui est de 5 enfants par femme (Ministère de la santé du Togo, 2010). Tous les patients de notre étude et celle de Owusu-Asubonteng avaient au moins 2 enfants (Owusu-Asubonteng G et al, 2012). La compliance serait la même quelque soit la communauté. Dans notre étude 70% des patients étaient chrétiens alors qu'en Inde les hindous ont constitué 52% des clients et les musulmans, 48% (Bhuyan K et al, 2012). La couverture des sensibilisations et la densité des différentes communautés peuvent expliquer cette différence de résultats.

La vasectomie sans bistouri est pratiquée chez des hommes qui ont le nombre suffisant d'enfants dans le couple. La taille suffisante de la famille a constitué la principale motivation dans notre étude et dans celles de Bhuyan (Bhuyan K et al, 2012). La vasectomie peut aussi être pratiquée pour raison financière ou pour mauvais état de santé de la conjointe comme dans notre étude.

Pronostic

La vasectomie sans bistouri n'est pas un acte anodin. Elle peut être grevée de complication. Cette vasectomie s'était compliquée dans 22% des

cas dans notre étude et 1,69% dans celle de Bhuyan (Bhuyan K et al, 2012). Le taux de complication, très élevé dans notre étude peut s'expliquer par l'introduction récente de la méthode au Togo. Celle-ci évoluera vers l'amélioration avec l'effet d'apprentissage. Il s'agissait surtout de complications minimales corrigées sans nécessité d'hospitalisation. L'hématome scrotal constitue la complication la plus habituelle. Elle est retrouvée dans les études de Bhuyan et de Pant (Bhuyan K et al, 2012 ; Pant PR et al, 2007). Mais dans notre étude, les douleurs scrotales et/ou péniennes étaient plus fréquentes due à la durée de l'intervention et de manipulation des bourses et du pénis. L'hématome scrotal survenu dans notre étude, serait en rapport probable d'un trouble de la coagulation. Ainsi pour prévenir l'hématome scrotal, un bilan d'hémostase sera à réaliser avant toute vasectomie. D'autres complications telles l'infection de la plaie opératoire sont possibles. Elles n'ont pas été enregistrées dans notre étude. Dans tous les cas, la vasectomie sans bistouri expose à des complications moins fréquentes et moins graves que la vasectomie conventionnelle (Cook LA et al, 2007).

La vasectomie sans bistouri n'est pas efficace à 100%. Elle a échoué dans 1 cas qui a nécessité la reprise de la vasectomie. L'échec a été aussi constaté dans 1% des cas dans l'étude de Owusu-Asubonteng (Owusu-Asubonteng G et al, 2012). Elle n'avait pas modifié la vie sexuelle des couples dans la totalité des cas de notre étude. En effet l'érection est un mécanisme vasomoteur sous la dépendance neurologique et endothélial (Foresta C et al, 2004). Les canaux déférents n'interviennent pas dans la physiologie de l'érection et leur interruption n'induit pas de dysfonction érectile.

Conclusion

La vasectomie sans bistouri est acceptée par la population de Lomé comme une méthode de limitation des naissances. Cette acceptation reste faible et son accroissement passera par l'intensification des sensibilisations.

References:

- Bhuyan K, Ali I, Barua SJ. Role of no scalpel vasectomy in male sterilization. Indian. J. Surg. 2012; 74 (4) : 284-7.
- Cook LA, Pun A, van Vliet H, Gallo MF, Lopez LM. Scalpel versus no-scalpel incision for vasectomy. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Apr 18;(2):CD004112.
- Foresta C, Caretta N, Rossato M, Garolla A, Ferlin A. Role of androgen in erectile function. J Urol 2004; 171: 2358-62
- Fusi-Ngwa CK, Payne VK, Asakizi AN, Katte BF. Knowledge and practice of family planning in Dschang municipality, Cameroon. Afr J Reprod Health.

2013 Mar;17(1):137-48.

Gaym A. Current and future role of voluntary surgical contraception in increasing access to and utilization of family planning services in Africa. *Ethiop Med J.* 2012 Oct;50 (4):363-70.

Kaza R.C.M. No scapel vasectomy: an overview. *J. Indian Medical Assoc.* 2006; 104 (3) : 129-41.

Lobel B, Le Lannou D, Olivo JF. Contraception masculine. *Prog Urol* 1991 ; 1 : 920-924

Ministère de la sante du Togo. Contraception et besoins non satisfait en planification familial au Togo. *MICS4.* 2010.

Owusu-Asubonteng G., Dassah ET., Odoi AT., Frimpong P., Ankobea FK. Trend, client profile and surgical features of vasectomy in Ghana. *Eur.J Contracept Reprod Health Care.* 2012;17(3):229-36.

Pant PR., Sharma J, Subba S. scrotal haematoma : the most common complication of no scapel vasectomy. *Kathmandu Univ Med J.* 2007; 5: 279-80.

Rajoura OP., Meena GS., Kaza RCM., Bhasin SK. Acceptability of no scapel vasectomy at a male family welfare centre in Dheli. *J Fam Med.* 2003; 49 (2) : 10-3.

Xiaozhang L. Scapel versu no scapel incision for vasectomy: The WHO reproductive health library. 2009; WHO, Geneva.